

PLAN EDUCACIONAL EN EL LA RELACION MEDICO PACIENTE

Dr. Javier Gutiérrez Jaramillo.

Expresidente Comité de Etica Medica. Clínica Fundación Valle del Lili.

jaguja@gmail.com

Recibo un paciente con 3 de sus hijos que manifiestan irritabilidad y angustia por la enfermedad de su padre. Acababa de tener un síndrome coronario agudo bien manejado en una EPS. Sin embargo ninguno de los familiares ni el mismo paciente se sentían satisfechos. Nadie les había explicado con claridad lo que había tenido el paciente. El paciente había llegado a Urgencias consultando por un dolor precordial en reposo, de aquí pasó a un tobogán imparable de medicaciones, exámenes de sangre y finalmente un cateterismo cardíaco con coronariografía y angioplastia con aplicación de stent no medicado.. Luego varios días en Unidad de Cuidado Intensivo.

Los estudios y el tratamiento fueron correctos, sin embargo no había ningún reconocimiento o gratitud a lo que se había hecho.

Y porqué esta insatisfacción?...Y porqué esos sentimientos de angustia o aún de rabia en el manejo de su padre?...Todo se debió a un plan educacional mal llevado. No hubo una buena comunicación ni con el paciente ni con sus familiares.

Contribuye a esto el que el paciente es manejado por numerosos médicos. No hay un médico de cabecera, un director de orquesta que lleve el comando del manejo del paciente y que contribuya a una información sencilla y comprensible de lo que se está pensando, lo que se está haciendo y lo que se va a hacer permitiendo la retroalimentación de paciente y parientes del mismo. También faltó información sobre su pronóstico. La rutina tecnológica puede deshumanizarnos.

Contribuye también a esto la rutina de una alta tecnología fría de por sí. La recarga asistencial propicia la atención rápida, hacia el órgano enfermo, olvidando el manejo del espíritu del paciente. Kollar: "se espera que el médico se ocupe no sólo del organismo enfermo, sino, así mismo, del estado del organismo entero, del hombre en su totalidad, porque se encuentra de hecho frente a una persona no ante un órgano aislado, ni ante una psique abstracta". El médico no sólo ve el órgano enfermo, sino la totalidad del paciente, lo somático y lo psíquico. No es solo el conocimiento de su enfermedad, sino también el conocimiento de la personalidad del paciente.

En todas nuestras acciones como médicos debemos recordar a Trousseau: la Medicina debe algunas veces curar, a menudo aliviar, pero siempre consolar.

Es frecuente en estas instituciones de nivel 3 y 4 y especialmente en las Unidades de Cuidado Intensivo, el cambio frecuente de un día para otro del equipo médico, y las informaciones contradictorias que confunden a paciente y familiares. "Pero si el Doctor de ayer me dijo una cosa distinta de lo que Usted me está diciendo hoy." interpela el paciente. Cuando la información es dada por varias personas puede crear mayor confusión. La información debe estar ceñida a la verdad y a la evidencia de los estudios. Debe ser transmitida en forma sencilla y comprensible, evitando las mentiras piadosas, o las exageraciones graves de pronóstico sin sustento en la realidad. Debemos tener siempre en mente el derecho del paciente:

“El derecho a la verdad y a la información”. En el plan educacional al paciente debemos tener en cuenta siempre este derecho.

Para enseñar un buen Plan Educacional, en mi Ventana Cardiologica (Reunión académica participativa mediante el ABP: Aprendizaje Basado en la solución de Problemas) hago entre comillas obras de teatro en las cuales un estudiante hace de paciente ignorante, y otro estudiante hace de médico. El objetivo es explicar al “paciente lo que tiene” en términos sencillos y con un diálogo activo. El ser humano no es una máquina. Cada enfermo es un individuo, una persona no comparable a otra, cada cual requiere una atención personalizada de su enfermedad y siempre demanda que ella sea integral “No hay enfermedades sino enfermos”. Cada paciente vive su enfermedad a su modo. Por esto la medicina no solo es ciencia, es arte, es humanismo en donde no solo se pulsa al órgano enfermo, sino también los sentimientos, las emociones de cada uno de nuestros pacientes. Recordemos siempre que el paciente llega en una situación de inferioridad, marcada por su misma enfermedad. Oigamos al todopoderoso emperador Adriano ante la eminencia de su muerte: *“...Es difícil seguir siendo emperador ante un médico, y también es difícil guardar la calidad de hombre. El ojo de Hermógenes sólo veía en mí un saco de humores, una triste amalgama de linfa y sangre. Esta mañana pensé por primera vez que mi cuerpo, ese compañero fiel, ese amigo más seguro y mejor conocido que mi alma, no es más que un monstruo solapado que terminará por devorar a su amo...Síndrome de Hermógenes.”*

Observemos estos sentimientos depresivos del Emperador Adriano, que afloran desde su alma sintiendo el final que se acerca.

El médico está en una situación de superioridad y no debe permanecer en ese pedestal. El trato humanizado lo puede acercar mas hacia el paciente. El afecto puede tener efectos curativos. Demostrar afecto no es debilidad, es humanismo, es compasión es comprender lo vulnerables en cualquier momento de nuestra existencia. El solo hecho de un paciente de asistir a Urgencias, ya llena al mismo de temores que pueden lindar con el temor a la muerte.

Pueden llegar a situaciones de extrema pasividad o de confianza completa en su médico: “ Haga lo que considere necesario, porque confío plenamente en Usted”.

“El paciente, aunque consciente que su condición es peligrosa, puede recuperar su salud, simplemente a través de la captación de la bondad del médico”.(Hipócrates)

El plan educacional en la relación médico paciente en Urgencias, puede ser completamente diferente a la atención ambulatoria de enfermedades crónicas, en donde el paciente puede tomarse su tiempo en aceptar o rechazar procedimientos. El Plan Educacional debe dirigirse no solo hacia el paciente, sino también hacia el familiar o familiares más cercanos. Si el paciente está en coma, serán los familiares los que recibirán la información y darán el consentimiento para lo que se va a hacer.

En la Historia Orientada por Problemas se hace un listado de síntomas, signos y laboratorio anormales puestos en un orden prioritario de importancia. Se inicia el método científico en la actividad clínica planteando hipótesis diagnósticas y estableciendo 3 tipos de Planes: 1) El Plan Diagnóstico. 2) El Plan Terapéutico y

3) El Plan Educacional. Con frecuencia se cumplen a cabalidad los dos primeros Planes y se hace caso omiso al Plan Educacional. Olvidamos o dedicamos poco tiempo a este plan. El exceso de la carga asistencial y la rutina de procedimientos propicia el hecho de que el Plan Educacional no se cumpla o se cumpla a medias. Necesitamos de toda la honestidad y objetividad posibles para transmitir un diagnóstico veraz. Las hipótesis diagnósticas de estudio, debe transmitirse al paciente como hipótesis y no como diagnósticos verdaderos. Así lo debe comprender el paciente. “Estamos pensando que su problema de salud pueda corresponder a...” y para esto vamos a hacer los siguientes estudios” “todavía no estamos seguros de lo que Usted tiene”. “A medida que vayan apareciendo los resultados, se los comunicaremos oportunamente”. El Plan Educacional busca un compromiso del paciente y de familiares para cumplir un Plan diagnóstico y un Plan terapéutico, que busque siempre el bien en la solución de los problemas de salud.

Reverenciamos lo objetivo, lo técnico y un ejemplo claro de esto es la Medicina basada en la Evidencia, ignorando lo subjetivo, los sentimientos, las emociones, el alma. Lo que indican las estadísticas en trabajos experimentales, es lo que debemos hacer sin contar con las decisiones del paciente.

Un diagnóstico utilizado en Urgencias con mucha frecuencia es el diagnóstico de preinfarto. Esta comunicación se graba en la mente del paciente, y no se corrige cuando los estudios complementarios no pudieron demostrar ningún problema coronario. El paciente queda marcado, y se transforma en un enfermo coronario mental. El médico no se retracta del diagnóstico inicial de preinfarto.

Otra situación frecuente en el Plan Educacional, ocurre con los diagnósticos electrocardiográficos. Pasamos por los diagnósticos frecuentes de hemibloqueo anterior izquierdo que dieron en un pasado la posibilidad de una enfermedad coronaria de base. También pasó con los bloqueos completos de rama izquierda donde también los atribuíamos a enfermedad coronaria. Y posteriormente con las coronariografías aprendimos que eso no era así. Y fue muchas las angustias que produjimos en nuestros pacientes. Esto nos fue enseñando a ser más prudentes en la información.

Las ondas T negativas en precordiales especialmente en mujeres nos confundieron con el diagnóstico de posibles isquemias, cuando podía ser una variante normal en este tipo de pacientes con las famosas ondas T juveniles o lábiles. Y así puede pasar con varios estudios paraclínicos.

El Plan Educacional implica también el pronóstico. Fallamos con frecuencia al establecer el tiempo de muerte del paciente con determinada enfermedad. “Su padre no llega a fin de año” y recibimos del mismo paciente tarjetas de navidad por 20 años mas. Recuerdo un paciente con enfermedad coronaria a quien se le vaticinó una supervivencia máxima de 2 años, si no se operaba. Por problemas logísticos, administrativos y de decisión del paciente no se pudo operar. Lo seguimos viendo en medicina ambulatoria después de 7 años, con una calidad de vida aceptable y tratamiento médico. De tal manera que debemos ser muy prudentes en pronosticar el tiempo de la muerte. La naturaleza es más sabia que todos nosotros.

El avance tecnológico de nuestra profesión no ha ido paralelo a la satisfacción del paciente en su atención, por disminución de la humanización en la relación médico

paciente. Aunque el médico se siente más seguro en sus diagnósticos, puede haber frialdad en las relaciones porque la tecnología no pulsa el alma o los sentimientos. Una buena relación médico pacientes, no es competitiva sino complementaria al beneficio de la alta tecnología. Ninguna de las dos reemplaza a la otra. Los resultados de la alta tecnología no pueden sustituir al método científico de nuestro ejercicio profesional. Todo estudio puede tener falsos negativos o positivos.

Debemos estar al día en la Medicina Basada en la Evidencia. Nuestros pacientes son ávidos de información en relación a sus problemas de salud, consultando con frecuencia el Internet.

El Plan educacional debe ser lo más sencillo y comprensible. Debe ser iterativo. En cada consulta debe hacerse énfasis en el Plan educacional. La Hipertensión la enfermedad más común a la que nos enfrentamos a diario es un ejemplo de ello.

Felicitar y dar ánimo al paciente cuando se cumplen las metas terapéuticas, y orientarlo cuando no ha seguido nuestras indicaciones. Es muy frecuente la automedicación en nuestros pacientes, que lo aleja de la medicina ortodoxa. Con paciencia debemos indicarle que sirve y que no sirve respetando su autonomía, considerando siempre el beneficio del placebo.

El Plan Educacional debe rodearse de un gran humanismo con una actitud ética ante los diversos fenómenos vitales del ser humano, con respecto a los derechos y deberes de este último.

Estimular siempre la retroalimentación en el Plan Educacional respondiendo a toda pregunta que tenga el paciente o sus familiares. También debemos verificar con nuestras preguntas si se ha entendido bien dicho Plan. Se debe establecer un diálogo entre médico, paciente y familiares y viceversa.

Los cambios en el estilo de vida deben ser fortalecidos. El dejar de fumar, la dieta y el ejercicio deben ser propiciados y reconocidos cuando se logran los objetivos.

Pueden en ciertos caso ser sustitutos de las medicaciones.

Un buen plan educacional hecho con actitudes de honestidad, ciencia y humanismo aumentará la confianza del paciente hacia su médico, y habrá mejores resultados, en el plan terapéutico.

REFERENCIAS:

1)Evolución de la relación Medico-Paciente
<http://www.monografias.com/trabajos16/medico-paciente/medico->

2) Hector Rodríguez Silva. La Relación Médico Paciente:
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_4_06/spu07406.htm.

3) Mario Mendoza: <http://www.angelfire.com/il/ireneo/Hermogenes.html>.

4) *Colomba Norero*: Humanismo y Medicina. La proyección humanista en la enseñanza de la Medicina chilena del siglo XXI : <http://www.scielo>.

5) Dr. Elso Schiappacasse F.: "Humanismo y Medicina" <http://www2.udec.cl/>

6) Javier Gutiérrez Jaramillo JGJ: www.cardiolili.org Artículos Etica Médica y Relación Médico Paciente.

7) Javier Gutiérrez: El derecho a la verdad y el derecho a morir dignamente. *Colombia Médica*: 27: 33-36 1999.

8) Javier Gutiérrez: Derechos del Paciente: www.cardiolili.org 2001